

DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui) \_\_\_\_\_, medic, medic dentist sau farmacist rezident în specialitatea \_\_\_\_\_, confirmat prin Ordin M.S. nr. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, având data de încheiere a stagiului de pregătire la \_\_\_\_\_, aflat(ă) în pregătire la **primul rezidențiat** prin concurs și încadrat(ă) cu contract de muncă pe durată \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_, vă rog să aprobați înscrierea la examenul pentru obținerea titlului de medic, medic dentist sau farmacist specialist, sesiunea din **20 Martie 2019**.

Am efectuat pregătirea în specialitatea pentru care solicit înscrierea în următoarele centre universitare:

1. \_\_\_\_\_ în procent de \_\_\_\_%      3. \_\_\_\_\_ în procent de \_\_\_\_%  
2. \_\_\_\_\_ în procent de \_\_\_\_%      4. \_\_\_\_\_ în procent de \_\_\_\_%

Astfel, în conformitate cu publicația de examen, centrul în care am efectuat majoritatea stagiilor de pregătire și în care voi susține examenul este \_\_\_\_\_;

Certificatul va fi transmis la D.S.P. \_\_\_\_\_  
Nr. Chitanta/Factura de concurs \_\_\_\_\_

Anexez:

1. Dosar Plic
2. Cerere tip D.S.P.M.B.;
- 3.\* Copie xerox B.I. / C.I. / pașaport (documente ce trebuie să fie în termen de valabilitate);
- 4.\* Copie xerox diplomă de medic, medic dentist sau farmacist (licență);
- 5.\* Copii xerox ale documentelor care atestă schimbarea numelui (certIFICATE de căsătorie, sentință de divorț, etc.), dacă este cazul;
- 6.\* Copie xerox a carnetului de rezident din care să reiasă efectuarea tuturor stagiilor cuprinse în curricula specialității, respectiv absolvirea cu note a tuturor colocviilor în urma stagiilor obligatorii efectuate;
7. Certificat medical în **ORIGINAL** privind starea de sănătate în care se precizează că este apt/inapt din punct de vedere medical (fizic și neuropsihic) pentru prezentarea la examen.
8. Adeverință în **ORIGINAL** eliberată de unitatea sanitară în care este încadrat rezidentul, din care să reiasă:  
- specialitatea, tipul contractului individual de muncă (pe perioadă determinată sau nedeterminată), numărul Ordinului de confirmare în rezidențiat, vechimea ca medic la data de **30.04.2019**, data încheierii pregătirii.
9. Medicii, medicii dentiști sau farmaciștii rezidenți care au efectuat diferite perioade de stagii în străinătate în specialitatea în care au fost confirmați, vor anexa și aprobarea Ministerului Sănătății de recunoaștere a acestor stagii.
10. Chitanța de plată a taxei de **300 lei**, achitată **pe numele candidatului** prin **ordin de plată** sau **mandat poștal**, în contul **IBAN nr. RO36TREZ70020E365000XXXX, CUI 4266456, DTMB (Direcția de Trezorerie a Municipiului București) beneficiar Ministerul Sănătății, adresa: str. Cristian Popișteanu nr. 1-3, sector 1, București, cod 010024**. La locul pentru corespondență se va menționa **“Taxă examen specialist”**.

**\* Documentele prevăzute la punctele 3-6, vor fi însoțite de original în vederea certificării la depunere conform art.2, alin.(3) din OUG nr. 41/2016.**

Potrivit alin. (4) al art. 2 din actul normativ amintit „(4) În cazul în care persoana se prezintă cu copia legalizată după document, în scopul furnizării serviciului public, instituția sau organul de specialitate al administrației publice centrale este obligată/obligat să o accepte.”

Adresa e-mail: \_\_\_\_\_

SEMNĂTURA

Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_